

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه کارشناسی ارشد

بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان

مبتلا به پر فشاری خون

دانشجو

رقیه خضری

استاد راهنما

دکتر مریم روانی پور

اساتید مشاور

حکیمه واحدپرست

دکتر نیلوفر معتمد

تابستان ۱۳۹۳



بسم الله الرحمن الرحيم
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
دانشکده پرستاری مامایی

پایان نامه کارشناسی ارشد رقیه خضری در رشته آموزش پرستاری به شماره دانشجویی ۹۰۱۴۲۰۲ فارغ التحصیل سال ۱۳۹۳ که با عنوان بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون زیر نظر سرکار خانم دکتر مریم روانی پور نگاشته شده و به شماره در دفتر پایان نامه های این دانشکده به ثبت رسیده و در تاریخ مورد بحث و نقد هیات داوران قرار گرفته و با نمره نهایی (با حروف) و درجه ارزشیابی با موفقیت دفاع شد.

هیات داوران:

نام و نام خانوادگی	مرتبه علمی	سمت در هیات	امضاء
دکتر مریم روانی پور	دانشیار	استاد راهنما	
حکیمه واحد پرست	هیئت علمی	مشاور	
دکتر نیلوفر معتمد	دانشیار	مشاور	
دکتر شهناز پولادی	استادیار	داور	
آقای محمدرضا یزدانخواه فرد	هیئت علمی	داور	

معاون پژوهشی دانشکده
طیبه غریبی

رئیس دانشکده
دکتر فائزه جهان پور

تعهد نامه

عنوان پایان نامه: بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون

اینجانب **رقیه خضری** دانشجوی کارشناسی ارشد رشته **آموزش پرستاری** دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تحت راهنمایی سرکار خانم **دکتر مریم روانی پور** متعهد می شوم.

- نتایج ارائه شده در این پایان نامه حاصل مطالعات علمی و عملی اینجانب بوده، مسئولیت صحت و اصالت مطالب مندرج را به طور کامل بر عهده می گیرم. در خصوص استفاده از نتایج پژوهش های محققان دیگر به مرجع مورد نظر استناد شده است.

- مطالب مندرج در این پایان نامه را اینجانب یا فرد دیگری به منظور اخذ هیچ نوع مدرک یا امتیازی تاکنون به هیچ مرجعی تسلیم نکرده است.

- کلیه حقوق معنوی این اثر به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد. مقالات مستخرج از پایان نامه، ذیل نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر (Bushehr University of Medical Sciences) به چاپ خواهد رسید.

- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تاثیر گذار بوده اند در مقالات مستخرج از رساله رعایت خواهد شد.

- در خصوص استفاده از موجودات زنده یا بافت های آنها برای انجام پایان نامه، کلیه ضوابط و اصول اخلاقی مربوطه رعایت شده است.

تاریخ

نام و امضاء دانشجو

رقیه خضری

مالکیت نتایج و حق نشر

- کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (اعم از مقالات مستخرج، برنامه های رایانه ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده و مانند آن) به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر تعلق دارد و بدون اخذ اجازه کتبی از دانشگاه قابل واگذاری به شخص ثالث نیست.
- استفاده از اطلاعات و نتایج این پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نیست.

چکیده

هدف: پرفشاری خون از جمله بیمارهایی است که در دوران کهنسالی شیوع فراوانی دارد. این بیماری مانند اغلب بیماری های مزمن، با شیوه های زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب موجب بروز بیماری های مختلف، ایجاد ناتوانی های قابل توجه، کاهش بهره وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی افراد می شود، به همین دلیل توجه به توانمندسازی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون یک ضرورت محسوب می شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون می باشد.

روش شناسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است. شرکت کنندگان، ۶۰ سالمند مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر بودند که به صورت آسان و در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله در ۵ مرحله (خودآگاهی و شناخت از سطح عملکرد و انتظارات از خود توسط مددجو، هدف گذاری مطلوب توسط مددجو، برنامه ریزی، اصلاح ساختار و ارزشیابی) بر اساس الگوی توانمندسازی صورت گرفت. سپس اطلاعات با استفاده از پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی، کیفیت زندگی فرم ۳۶ و توانمندسازی جمع آوری و با نرم افزار SPSS 18 در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از آزمون های آماری آزمون های کای دو، تی مستقل و تی زوج تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: مقایسه میانگین قبل از مداخله نمره کیفیت زندگی بین گروه های آزمون و کنترل به ترتیب با میزان ۴۹/۴۰ و ۴۵/۳۴ معنادار نبوده ($P > 0/05$) اما بعد از مداخله اختلاف نمرات قبل با بعد پرسشنامه کیفیت زندگی معنادار ($P < 0/05$) و در جهت افزایش نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمون بود.

همچنین مقایسه میانگین قبل از مداخله پرسشنامه توانمندسازی خودمدیریتی بین گروه های آزمون و کنترل به ترتیب با میزان ۶۴/۲۵ و ۶۴/۵۵ معنادار نبوده ($P > 0.05$) اما بعد از مداخله اختلاف نمرات قبل با بعد پرسشنامه توانمندسازی خودمدیریتی بین دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ آماری معنادار ($P < 0.05$) و در جهت افزایش نمره توانمندی در گروه آزمون بود.

بحث و نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاکی از آن است که بکارگیری الگوی توانمندسازی خودمدیریتی، بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون موثر است. لذا با اجرای برنامه های توانمندسازی برای سالمندان مبتلا به بیماری های مزمن، می توان از بسیاری مشکلات آنان پیشگیری و در جهت ارتقا کیفیت زندگی و توانمندی آنان گام برداشت.

کلیدواژه: پرفشاری خون؛ توانمندسازی؛ سالمند؛ کیفیت زندگی.

پاس و ستایش مرخداى راجل و جلالة كه آثار قدرت او بر چهره روز روشن، تابان است و انوار حكمت او در
دل شب تار، در فشان. آفریدگارى كه خويشتن را به ما شناساند و در هاى علم را بر ما كشود و عمرى و فرصتى عطا فرمود تا
بدان، بنده ضعیف خویش را در طریق علم و معرفت بیاوراید.

ماحصل آموخته هایم را تقدیم می کنم به آنان که مهر آسمانی شان آرام بخش آلام زمینی ام است

به استوارترین تکیه گاهم، دستان پر مهر پدرم

به دریای بی کران فداکاری و عشق، مادرم

که هرچه آموختم در مکتب عشق شما آموختم و هرچه بگو شتم قطره ای از دریای بی کران مهربانیتان را پاس نتوانم بگویم.

تقدیم به همسرم؛ اسطوره زندگیم، پناه هستکیم و امید بودنم.

تقدیم به پسرعم به طراوت شبنم؛ که خنده های کودکی اش امید بخش جانم است و آسایش او آرامش من.

تقدیم به مهربان فرشتگان؛ خواهران و برادران عزیزم که سخات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن،

جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای زندگیم، مدیون حضور سبز آنهاست.

تقدیم به او که آموخت مرا تا بیا موزم:

استاد کرامی سرکار خانم دکتر مریم روانی پور

که راهنمایی این پایان نامه را به عهده داشتند

توروشنایی بخش تاریکی جان، هستی و ظلمت اندیشه را نور می بخشد. چگونه پاس کویم مهربانی و لطف تو را که سرشار از عشق و یقین است. چگونه پاس کویم تاثیر علم آموزی تو را که چراغ روشن هدایت را بر کلبه ی محترم وجودم فروزان ساخته است. آری در مقابل این همه عظمت و شکوه تو مرانه توان پاس است و نه کلام وصف.

باشکرم از استادان فرزانه و فریخته ای که در راه کسب علم و معرفت مراباری نمودند:

سرکار خانم حکیمه واحد پرست و به ویژه سرکار خانم دکتر نیلوفر معتمد به دلیل یاریها و راهنماییهای بی چشمداشت ایشان که بسیاری از سختیها را بر ابرام آسانتر نمودند.

و از اساتید فرزانه و دلسوز؛ جناب آقای محمد ضایع و انخواه فرد و سرکار خانم دکتر شهناز پولادی که زحمات داورى این رساله را متقبل شدند؛ کمال تشکر و قدردانی را دارم.

از استاد کرامیم جناب آقای پروفور نبی پور بسیار سپاسگذارم چرا که بدون همکاریهای ایشان تاین این پایان نامه بسیار مشکل نمیشود.

همچنین از ریاست محترم دانشکده، معاونین محترم آموزشی و پژوهشی، سایر اساتید بزرگوار و تمامی کارکنان دانشکده پرستاری مامانی دانشگاه علوم پزشکی بو شهر کمال تشکر را دارم.

فصل اول:

۲	۱-۱- بیان مسأله
۱۳	۲-۱- عنوان پژوهش
۱۳	۳-۱- اهداف پژوهش
۱۳	۱-۳-۱- هدف کلی پژوهش
۱۳	۲-۳-۱- اهداف ویژه
۱۳	۳-۳-۱- اهداف کاربردی
۱۴	۴-۱- فرضیه پژوهش
۱۴	۱-۴-۱- پیش فرض ها
۱۵	۵-۱- تعریف نظری و عملی واژه ها
۱۶	۶-۱- محدودیتهای اجرایی طرح و روش کاهش آنها

فصل دوم:

۱۹	۱-۲- چارچوب پنداشتی
۴۴	۲-۲- مروری بر متون

فصل سوم:

۵۳	۱-۳- مواد و روش پژوهش
۵۳	۳-۱-۱- نوع پژوهش
۵۳	۳-۱-۲- جامعه پژوهش
۵۴	۳-۱-۳- معیارهای ورود به مطالعه

۵۴.....	۳-۱-۴- معیارهای خروج از مطالعه.....
۵۴.....	۳-۱-۵- نمونه پژوهش.....
۵۵.....	۳-۱-۶- محیط پژوهش.....
۵۵.....	۳-۱-۷- ابزار گردآوری داده‌ها.....
۵۷.....	۳-۱-۸- اعتبار علمی و اعتماد علمی ابزار گردآوری داده.....
۶۰.....	۳-۱-۹- روش پژوهش.....
۶۸.....	۳-۱-۱۰- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۶۸.....	۳-۲- ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم:

۷۱.....	۴-۱- یافته‌های پژوهش.....
---------	---------------------------

فصل پنجم:

۸۰.....	۵-۱- بحث و بررسی یافته‌ها.....
۹۰.....	۵-۲- نتیجه‌گیری نهایی.....
۹۱.....	۵-۳- موارد استفاده در پرستاری.....
۹۳.....	۵-۴- پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی.....
۹۵.....	فهرست منابع.....

پیوست‌ها

۱۰۵.....	پیوست شماره ۱) پرسشنامه کیفیت زندگی).....
۱۰۸.....	پیوست شماره ۲) پرسشنامه توانمندسازی).....
۱۱۳.....	پیوست شماره ۳) فرم رضایت نامه آگاهانه).....
۱۱۴.....	پیوست شماره ۴) الگوریتم مداخله توانمندسازی).....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۷۲.....	جدول شماره ۴-۱) میانگین سن شرکت کنندگان در گروه های کنترل و آزمون.....
۷۳.....	جدول شماره ۴-۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک جنس، تاهل و تحصیلات در دو گروه کنترل و آزمون.....
۷۴.....	جدول شماره ۴-۳) تعیین نرمال بودن ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی.....
۷۵.....	جدول شماره ۴-۴) مقایسه اختلاف نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون
۷۶.....	جدول شماره ۴-۵) تعیین نرمال بودن حیطه های پرسشنامه توانمندی خودمدیریتی.....
۷۷.....	جدول شماره ۴-۶) مقایسه اختلاف نمره توانمندی و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل.....

فهرست علائم و اختصارات

فارسی	مفهوم انگلیسی	نوع علامت
آکادمی بین المللی سالمندی	National Academy on an Aging SocietyY	-----
انجمن قلب امریکا	American Heart Association	AHA
بیماری مزمن کلیوی	Chronic kidney disease	CKD
تئوری پیکری تک مصرفی	Disposable soma theory	-----
تئوری فرسودگی در مقابل برنامه ریزی	Wear and tear versus programming	-----
توانمندسازی خودمدیریتی دیابت	Empowerment-based diabetes Self-management Support	DSMS
چند سطحی	Multiple Surface	-----
لیپوپروتئین کم چگال	Low-density lipoprotein	LDL
روش لاوشه	Lawshe	-----
سکته مغزی	Cerebral vascular accident	-----
شاخص روایی محتوایی	content validity index	CVI
ضریب روایی محتوایی	Content validity ratio	CVR
فرم کوتاه ۳۶ سوالی		SF36
قند خون طولانی مدت	Glycated Hemoglobin	Hb A1C
مرکز بین المللی ثبت کارآزمایی های بالینی ایران		IRCT
نارسایی احتقانی قلبی	Congestive Heart Failure	CHF
هفتمین گزارش کمیته بین المللی	Seventh Report of the Joint National Committee	JNC7

فصل اوّل

معرفی پژوهش

۱-۱) بیان مسئله

جمعیت شناسان، آغاز دوران پیری و دوران سالخوردگی را سنین ۶۰ تا ۶۵ سال محسوب می کنند (جورج و همکاران^۱، ۲۰۰۶). بین سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۵۰ جمعیت افراد سالمند ۶۰ ساله و بالاتر بیش از دو برابر خواهد بود و تعداد افراد پیر و سالخورده نسبت به کودکان ۱۴ ساله و پایین تر بیشتر خواهد شد، این یک نقطه عطف در تاریخ بشریت است (توموپائولو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ هارلی و همکاران^۳، ۲۰۱۰). رشد این گروه سنی در نتیجه امید به زندگی طولانی تر و کاهش میزان باروری است. پیر شدن جمعیت به عنوان داستان موفقیت سیاست های بهداشت عمومی و توسعه های اجتماعی- اقتصادی است، اما در عین حال افزایش توانایی های بهداشتی و عملکردی افراد مسن و همچنین مشارکت اجتماعی و امنیتی آنان برای جامعه به یک چالش تبدیل شده است (سازمان بهداشت جهانی^۴، ۲۰۰۸؛ وکیل احمدی و بهشتی، ۱۳۸۶). بخش

¹. Gureje & et all.

². Thomopoulou & et all.

³. Harley & et all.

⁴. World Health Organization

عمده جمعیت سالمند در کشور های کم درآمد زندگی می کنند که سهم قاره آسیا از این افراد ۵۴ درصد است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۸). در این راستا کشور ایران نیز از این تغییر و تحول جمعیتی بی نصیب نبوده، چنانکه شاخصهای آماری نشان می دهند روند پیر شدن جمعیت در ایران نیز آغاز شده است (وکیل احمدی و بهشتی، ۱۳۸۶). به گزارش مرکز آمار ایران جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در سر شماری سال ۱۳۸۵، ۵۱۲۱۰۱۶ نفر، معادل ۷/۲۷٪ از کل جمعیت کشور بوده که به ۶۲۰۵۹۹۸ نفر، معادل ۸/۲۶٪ از کل جمعیت کشور در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است (مرکز آمار ایران، ۲۰۱۱).

پدیده ی سالمندی از نتایج توسعه است ولی بی توجهی به ابعاد مختلف آن و نیاز های سالمندان، خود می تواند مانعی جدی در برابر توسعه قلمداد شود. به این صورت که اگر نیازهای روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی این قشر نادیده گرفته شود و جمعیت سالمندی در جامعه رشد پیدا کند که قابلیت های لازم برای یک زندگی انسانی نداشته باشند، چگونه می توان انتظار توسعه بیشتر را داشت در حالیکه مهمترین عامل توسعه نیروی انسانی است. از سوی دیگر باید بپذیریم که افزایش سن با استهلاک بدن و قوای جسمی و نیاز روز افزون به مراقبت های بهداشتی و پزشکی همراه است (وکیل احمدی و بهشتی، ۱۳۸۶). بدین دلیل سیستم های اجتماعی و پزشکی نیز درصدد مهیا نمودن افراد برای سالمندی هستند (توموپائلو و همکاران، ۲۰۱۰). مهمترین هدف مراقبت های سلامتی سالمندان انتخاب یک وضعیت سلامتی ایده آل است تا این افراد بتوانند حداکثر زندگی فعال را داشته باشند و وارد محیط شوند، با خانواده و پزشکشان ارتباط برقرار کنند و در وضعیت ذهنی- اجتماعی و استقلال خود کارآمد شوند (کاستاسانتوز و همکاران^۱، ۲۰۰۸).

سازمان جهانی بهداشت^۲ مشکل اصلی سالمندان را بیماری های مزمن گوشزد می کند که مهمترین ریسک برای ناتوانی و نیاز به مراقبت است (مندوزا نانز و مارتینز مالدونادو^۱، ۲۰۰۹). در سال های اخیر

^۱ . Costa Santos & et all.

^۲ . World Health Organization

تکنولوژی‌های طبی به افراد زیادی کمک کرده که از بیماری‌هایی که قبلاً منجر به مرگ می‌شده، نجات پیدا کنند و تعداد بیشتری از افراد به سن پیری برسند در حالیکه از شیوع بالاتری از بیماری‌های مزمن برخوردار هستند. بنابراین نباید تعجب آور باشد اگر بگوئیم بیش از ۸۰٪ درصد از سالمندان دارای حداقل یک بیماری مزمن باشند و نزدیک به نیمی از سالمندان از پرفشاری خون رنج می‌برند (ایلیوپولز، ۲۰۱۰). پرفشاری خون یک عامل خطر عمده برای بیماری‌های قلب و عروق، بیماری‌های مغزی و علت عمده مرگ و میر در سراسر جهان است (اولما و همکاران^۲، ۲۰۱۰؛ پدلتي و جوراسيک^۳، ۲۰۰۸). تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۲۳ میلیون نفر از مردم بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی از بین بروند، که بیش از ۸۰ درصد از این مرگ و میر در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

در سال ۲۰۰۰، تعداد مبتلایان به پرفشاری خون ۹۷۲ میلیون نفر بوده که برآورد شده است تا سال ۲۰۲۵ تعداد آنها به ۱/۵ میلیارد برسد یعنی ۶۰ درصد افزایش در ۲۵ سال (چیانگ و همکاران^۴، ۲۰۱۰). شیوع پرفشاری خون به طور قابل توجهی در سراسر جهان متفاوت است. در آمریکای لاتین ۳۰-۱۱٪، در آفریقا ۳۳-۲۰٪، در ایالات متحده آمریکا ۲۲-۱۸٪، در برخی کشورهای اروپایی ۴۴٪، در چین، کره و تایوان ۳۰-۲۵٪ است (حق‌دوست و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز فراوانی پرفشاری خون در شهرهای مختلف، متفاوت می‌باشد، به طوری که شیوع پرفشاری خون سیستمولیک و دیاستولیک در جمعیت بالای ۵۵ سال شهرستان سبزوار به ترتیب ۶۹/۵٪ و ۵۴٪ (پژهان و همکاران، ۲۰۰۸)، در استان سمنان در مردان ۲۴/۱٪ و در زنان ۲۴/۷٪ بود (قربانی و همکاران، ۲۰۰۹) و در شهرستان گناباد شیوع پرفشاری خون ۲۰/۸۸٪ گزارش گردیده است (نقوی، ۲۰۰۱). بر اساس نتایج پروژه مونیکا در بندر بوشهر، ۹۷/۷ درصد کل افراد مورد مطالعه دارای

¹ . Mendoza-Nunez & Martínez-Maldonado

² . Ulma & et all.

³ . Pedelty & Gorelick.

⁴ . Chiang & Wang.

یک عامل خطر ساز قلبی عروقی بودند که در میان این عوامل، پرفشاری خون ۲۴/۵ درصد به خود اختصاص داده بود (۲۹/۶ درصد در مردان و ۱۹/۹ در زنان) (امیری و همکاران، ۲۰۰۴).

کاپلان (۲۰۱۰) فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ و دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه را پرفشاری-خون تعریف می کند (فوستر^۱ و همکاران ۲۰۱۱؛ کاپلان و همکاران^۲ ۲۰۱۰). در صورتی که انجمن قلب و عروق تایوان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه را آستانه شروع درمان برای بیماران با خطر بالا از جمله دیابتی ها، بیماران مزمن کلیوی، سکته های مغزی، اختلالات کرونری و غیره تعریف می کند (چیانگ و وانگ، ۲۰۱۰). سطح بالای فشارخون به شدت در ارتباط با افزایش میزان بیماری های قلبی - عروقی، بیماری عروق کرونر و سکته مغزی است و عامل مهم خطر ساز برای بیشترین مرگ و میر و بیماری ها نسبت به سایر فاکتورهای خطر زا در سراسر جهان می باشد (بنیاد قلب^۳، ۲۰۱۰). پرفشاری-خون بیماری است که در سن بالا شیوع فراوانی دارد زیرا همگام با افزایش سن، به تدریج تغییرات فیزیولوژیکی ظرفی در سیستم قلب و عروق رخ می دهد؛ از جمله، افزایش ضخامت دیواره عروق و در نتیجه قابلیت عروقی کاهش می یابد که منجر به گشاد شدن شریان، افزایش فشار نبض و سرعت انتقال موج نبض می شود، بدین ترتیب این وضعیت افراد سالمند را مستعد پرفشاری خون می کند (ویرمانی^۴ و همکاران، ۱۹۹۱؛ ساجی و همکاران^۵، ۱۹۹۳). اما تحقیقات اخیر نشان داده اند که رابطه سیر بیولوژیکی حتمی نبوده و می تواند از نحوه زندگی و کیفیت زندگی افراد، نیز متأثر شود (حمیدزاده و همکاران، ۲۰۰۶). اهداف و استراتژیهای درمان در سالمندان بسیار متفاوت و پرچالش تر از جوانان است، در این سن تغییر شیوه زندگی

¹ . Fuster.

² . Kaplan & et all.

³ . Heartt Foundation.

⁴ . Virmani & et all.

⁵ . Sagie & et all.

موثر است، اما حفظ آن دشوار می‌باشد (نگوین و همکاران^۱، ۲۰۱۲). این بیماری در دوران کهنسالی شیوع فراوانی دارد و ممکن است موجب تغییر در میزان کیفیت زندگی سالمندان گردد. تعداد بیماران سالمند مبتلا به پرفشاری خون در سالهای اخیر به دلایل مختلف، افزایش قابل توجهی یافته است (آهنگری و همکاران، ۲۰۰۸). این بیماری مانند اغلب بیماری‌های مزمن، با شیوه‌های زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی‌های قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شود (ارسلانت و همکاران^۲، ۲۰۰۸). که با افزایش آگاهی افراد و درک آنها از عوامل خطرزای بیماری و آموزش رفتارهای پیشگیری‌کننده می‌توان موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان شده و از بستری شدن مجدد آنها جلوگیری نمود (نجفی و همکاران، ۲۰۰۸). اعضای تیم بهداشت و درمان نیز می‌توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تأمین آن بر کیفیت زندگی افراد تأثیر گذارند (حیدری و همکاران، ۲۰۰۷). زیرا فراوانی بیماری‌های مزمن در سالمندان باعث شده است که بیشتر بودجه بهداشتی و درمانی صرف درمان و مراقبت آنها شود (فتوکیان و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به اثرات زیانبار پرفشاری خون بر فرد و جامعه لازم است تدابیری به منظور کنترل این بیماری اندیشیده شود، یکی از روش‌هایی که می‌تواند متضمن کنترل این بیماری باشد افزایش دانش، نگرش و عملکرد کادر پرستاری است. نقش آموزشی و حساس کادر پرستاری از مهمترین عوامل موفقیت در تشخیص، کنترل و درمان این بیماری است و از آنجایی که آموزش برنامه‌ریزی شده به خصوص بر اساس مدل‌های آموزشی موجود یکی از اساسی‌ترین شیوه‌های پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌هاست، می‌تواند سهم زیادی در حفظ و بهبود سلامتی بیماران ایفا نماید (چارکزی و همکاران، ۲۰۰۷).

¹ . Nguyen & et all.

² . Arslantas & et all.

کیفیت زندگی به وسیله عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن، تشخیص و پیش آگهی تحت تاثیر قرار می گیرد و پرستاران بر روی این عوامل نمی توانند کنترل داشته باشند، اما عوامل دیگر موثر بر کیفیت زندگی وجود دارند که پرستاران توانایی تاثیر بر آن را دارند نظیر عوامل محیطی، موقعیت های اجتماعی و فردی، تغذیه، فعالیت فیزیکی و کنترل علائم. این اقدامات از طریق دادن اطلاعات لازم به سالمندان و اعضای خانواده و کنترل علائم و عوارض و اقدامات پرستاری امکان پذیر است. کنترل مشکلات و عوارض از جمله بهبود کیفیت زندگی نیاز به مشارکت مددجو در روند درمان و مراقبت است و لازمه این کار افزایش آگاهی افراد می باشد (مارتا موسزالیك و همکاران^۱، ۲۰۰۶). بنابراین بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نیازمند تغییرات اساسی در دیدگاه آنان نسبت به وضعیت کنونی و آینده بیماری و تاثیر آن بر زندگی آنان است که دارو درمانی قادر به این تغییرات نیست (ستوده و همکاران، ۲۰۱۰).

کیفیت زندگی یکی از مهمترین مسائل عصر امروز در مراقبت های سلامتی است (هلستروم و همکاران^۲، ۲۰۰۴؛ نجات و همکاران، ۲۰۰۷) و از بزرگترین اهداف بهداشتی برای بالا بردن سلامت افراد بوده و در سال های اخیر از مهمترین عوامل موثر در زندگی افراد به خصوص سالمندان و افراد ناتوان شده است (هلستروم و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با وضعیت جسمی، روانی، اعتقادات شخصی، میزان خود اتکایی، ارتباطات اجتماعی و محیط زیست دارد (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲؛ هلستروم و همکاران، ۲۰۰۴). برای بهبود کیفیت زندگی، عقاید شخصی افراد باید پرسیده شود به این دلیل که شرح استاندارد های زندگی سالمندان مهم هستند و سالمندان در این دوره مهمترین تناوب را در وضعیت سلامتی، اقتصادی-اجتماعی، معنویت، وضعیت های عاطفی و وابستگی را تجربه می کنند. هر چه فرد مسن تر شود از فرایند سالمندی تأثیرات بیشتری می پذیرد و بنابراین نتیجه آن، ناتوانی و محدودیت فیزیکی و فقدان استقلال

¹. Marta Muszalik & et all.

². Hellstrom & et all.

خواهد بود که آنها را از شرکت در فعالیت های اجتماعی و یا ملاقات با دوستانشان محروم می کند (توموپائولو و همکاران، ۲۰۱۰). بدین دلیل مددجویان برای کنترل بهتر بیماری و برخورداری از کیفیت زندگی مطلوبتر باید توانمند شوند. اجرای یک برنامه توانمندسازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی که به خودکنترلی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می شود به منظور ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی لازم می باشد. توانمندسازی به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می شود (خالد بیات و پرند، ۲۰۱۴).

توانمندی واژه ی بسیار آشنا در متون مختلف پزشکی و پرستاری است و اولین بار به عنوان فرایند کشف و توسعه ی ظرفیت ذاتی فرد برای قبول مسئولیت زندگی به واسطه ی برخورداری از دانش و منابع کافی برای اخذ و اجرای تصمیم های منطقی و تجربه ی کافی برای ارزشیابی اثربخشی تصمیم های اخذ شده تعریف شده است (آجولات و همکاران^۱، ۲۰۰۶). از مهمترین اهداف توانمندسازی رسیدن به خود صلاحیتی و تغییر در دیدگاه فرد نسبت به خود است. شناخت خود صلاحیتی، توانایی سالمند مبتلا به بیماری مزمن جهت مشارکت در حل مشکل را افزایش می دهد و تغییرات معنی داری را در رفاه و آسایش وی ایجاد می کند (سیه و شانون^۲، ۲۰۰۵) دیگر اهداف مهم توانمندسازی روانی و شخصیتی، افزایش دانش انتقادی، اعتماد به نفس، دانش در مورد منبع مشکل، راه حل ها و ایجاد شرایط برای انجام فعالیت های داوطلبانه و رفع مشکلات کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت (بخشعلی و همکاران، ۲۰۱۴).

توانایی منبعی برای زندگی است که در هر فردی وجود دارد. این حس در موقعیت های همچون از دست دادن کنترل، استرس، سوگواری و از دست دادن عزیزان، پیامد های پیری، از دست دادن منابع و بیماری های

¹ . Aujoulat & et all.

² . Hsieh & Shanon.

ناتوان کننده که به حس ناتوانی می انجامد، کاهش می یابد. پرستاران به تنهایی نمی توانند افراد را توانمند کنند بلکه خود آنها باید این توانمندی را به کمک پرستاران به دست آورند. پرستاران تنها می توانند به آنها در بهره گیری از منابعی که حس کنترل و خود کارآمدی را در آنها افزایش می دهد کمک کنند (روانی پور و همکاران، ۲۰۰۹). یک فرد توانمند لزوماً قدرت بیشتری ندارد، بلکه احساس توانمندی بیشتری می کند. از سوی دیگر، توانمندی یک فرایند تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل می گیرد، از این رو تظاهرات آن در افراد مختلف و بسترهای گوناگون متفاوت است. بنابراین پرستاران به منظور ایفای مسئولیت حرفه ای خود نیازمند شناخت نیازها، انتخاب ها و توانایی های بیماران در واقعیت، درک ماهیت ارتباطات بیماران و زمینه اجتماعی آنها هستند و ارایه پرستاری مبتنی بر تفکر توانمندی، نیازمند کسب بصیرت در این زمینه است که این امر تنها به واسطه مطالعه مقالات علمی امکان پذیر نیست (عبدلی و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات نشان می دهد که سالمندان به خصوص سالمندان مبتلا به یکی از بیماری های مزمن در مدیریت بیماری ناتوان هستند، در حالیکه دانش و آگاهی از منابع فردی و اجتماعی به توسعه سلامتی و ارتقا کیفیت زندگی آنان کمک می کند. لذا اجرای مداخلات توانمندسازی برای این افراد ضروری است (فتوکیان و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات در زمینه توانمندسازی سالمندان زیاد نیست و بسیاری از این تحقیقات به بررسی توانمندی در بیماران در سنین مختلف پرداخته اند از جمله بررسی الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران با انفارکتوس قلبی است که این بررسی نشان می دهد توانمندسازی باعث بهبود و اصلاح سبک زندگی آنان شده است (عظیمی و همکاران، ۲۰۰۷)؛ و حیدری به بررسی توانمندسازی روی نوجوانان دیابتی پرداخته که نتایج حاصل از آن مطالعه بیانگر بهبود کیفیت زندگی آنان بوده است (حیدری و همکاران، ۲۰۰۷).

بسیاری از صاحب نظران معتقدند توانمندی فرایندی پویا، مثبت (ماک و همکاران^۱، ۲۰۰۴) تعاملی و اجتماعی است (گیبسن^۲، ۱۹۹۵) که به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، افزایش مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه های درمانی و نگاه مثبت به بیماری (کاستا و همکاران^۳، ۲۰۰۸ و عظیمی و همکاران، ۲۰۰۷) افزایش اعتماد به نفس، استقلال بیشتر و حس خودمدیریتی می پردازد (کاستا و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین ترویج سلامتی فراتر از چارچوب کوچک سازمانهای بهداشتی و درمانی است. توسعه مهارت های فردی یک راه تقویت و بهبود جوامع است، در راستای این مفهوم ارتقا سلامتی به وسیله آموزش بهداشت به هدف بهبود اعتماد به نفس، به وسیله کاهش غریبگی و افزایش دانش، توسعه امکانات و قدرت انتخاب ایجاد می شود و افراد را به انتخاب آزادانه رفتارشان دعوت می کند (کاستا و همکاران، ۲۰۰۷).

بدین طریق سالمندی فعال با توانمندی آنها در زمینه های زیستی، روانی و اجتماعی ایجاد می شود (مارتینز مالدونادو و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین توانمندسازی صرفاً بر برنامه های از قبل طراحی شده پرسنل درمانی و یا پیامدهای درمان بیماری تاکید ندارد بلکه بر موقعیت های و اولویت های زندگی هر فرد بیمار برای توانمندسازی تاکید می ورزد (آجولات و همکاران^۴، ۲۰۰۶).

در مجموع در سال های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه ای برخوردار بوده و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می شود (کاستا و همکاران، ۲۰۰۸ ؛ عظیمی و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج حاصل از توانمندسازی بیماران شامل افزایش اعتماد به نفس مثبت،

¹ . Mok & et all.

² . Gibson.

³ . Casta & et all.

⁴ . Aujoulat & et al.

توانایی رسیدن به هدف و داشتن احساس کنترل بر زندگی و فرایندهای تغییر و نیز احساس امیدواری به آینده است که روی همه ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، ذهنی و اجتماعی) موثر است و تدابیر پرستاری که برای توانمندسازی لازم است باید در راستای ایجاد مشارکت پرستار و خانواده با تاکید بر کاهش عوامل خطر را و ارتقاء بهداشت باشد (اللهیاری و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین توانمندسازی برای قدرتمند شدن تفکر ذاتی و اطلاعات هر فرد در مورد فرایند سالمندی باید در نظر گرفته شود (مارتینز مالدونادو و همکاران، ۲۰۰۹).

در حال حاضر هدف اصلی بهداشت حفظ قدرت و خودمدیریتی و توانمند کردن افراد جهت داشتن زندگی با کیفیت بهتر است، که الگوهای توانمندسازی از جمله مداخلات موثر بوده اند، از جمله مدل توانمندسازی خانواده محور، که این نظریه تا کنون برای ارتقای کیفیت زندگی و افزایش توانمندی بسیاری از بیماری های مزمن از جمله کم خونی فقر آهن (الحانی و همکاران، ۲۰۰۳)، تالاسمی (اللهیاری و همکاران، ۲۰۰۶)، دیابت (حیدری و همکاران، ۲۰۰۶)، آسم (تیموری و همکاران، ۲۰۱۲)، انفارکتوس قلبی (عظیمی و همکاران، ۲۰۰۷)، مولتیپل اسکلروزیس (مسعودی و همکاران، ۲۰۱۰) و غیره اجرا شده است و نتایج این مطالعات بهبودی کیفیت زندگی و افزایش توانمندی را نشان داده که حاکی از موثر بودن این الگو در توانمندسازی گروه های مختلف بوده است. هدف اصلی الگوی توانمندسازی خانواده محور، توانمند کردن سیستم خانواده به منظور ارتقای سطح سلامت است (عظیمی و همکاران، ۲۰۰۷؛ مسعودی و همکاران، ۲۰۱۰) در حالی که هدف اصلی این مطالعه توانمندسازی خود فرد و بهبود خودمدیریتی در فرد بوده است و بهتر است از الگویی استفاده شود که متناسب با فرهنگ بومی سالمندان باشد، از آن جایی که پرستاران در مراکز آموزشی، بهداشتی و درمانی به عنوان دومین قشر مهم بعد از خانواده در امر مراقبت از سالمندان مطرح می باشند؛ می توانند با برقراری ارتباط مناسب با سالمندان و خانواده های آنان در جهت برطرف کردن زمینه های تعارض بین خانواده و خود سالمند، در امر مراقبت، عمدتاً از طریق بررسی وضعیت خودمدیریتی سالمند در قالب یک الگوی اطلاعاتی و دانشی مناسب برای سالمندان و خانواده های آنان به ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان کمک نمایند. بنابراین برای رسیدن به این هدف، بر آن شدیم از الگوی بومی توانمندسازی خودمدیریتی روانی پور و همکارانش استفاده نماییم. الگوی توانمندسازی خودمدیریتی حاصل تحقیق گراند تئوری روی مفهوم قدرت در ۲۱ سالمد ایرانی و خانواده های آنها در سال ۱۳۸۷ می باشد (روانی پور، ۱۳۸۷) که از مصاحبه های عمیق نیمه ساختاریافته، مشاهده، یادداشت در عرصه و یادآورهای مشارکت کنندگان با

روش آنالیز اشتراوس کوربین حاصل شده است. این الگو شامل مفاهیم خودآگاهی از تغییرات، استقلال، عملکرد نقش، سازگاری، رضایت پنداشت شده، حس کنترل و خود مدیریتی به عنوان ساختارهای اساسی حس قدرت در سالمندان می باشد (روانی پور و همکاران، ۲۰۰۸). از آنجا که مفاهیم ساختاری الگوی توانمندسازی خودمدیریتی نیز کلی بود و قابلیت کاربرد در قالب الگوی توانمندسازی سالمندان با بیماری پرفشاری خون را دارد و متناسب با فرهنگ بومی سالمندان بوده، بر آن شدیم طی طرح تحقیقاتی به بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی منبعث از الگوی خود مدیریتی سالمندان بر توانمندی و همچنین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر در سال ۱۳۹۲ پردازیم.

۱-۲) عنوان پژوهش:

بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر

بوشهر در سال ۱۳۹۲

۱-۳) اهداف پژوهش:

۱-۳-۱) هدف کلی:

تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر

بوشهر در سال ۱۳۹۲

۱-۳-۲) اهداف ویژه:

۱. تعیین ویژگی های جمعیت شناختی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در دو گروه کنترل و آزمون

سالمندان مبتلا به پرفشاری خون شهر بوشهر

۲. تعیین و مقایسه نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون سالمندان مبتلا به

پرفشاری خون شهر بوشهر

۳. تعیین و مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون سالمندان مبتلا

به پرفشاری خون شهر بوشهر

۴. تعیین و مقایسه نمره توانمندی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون در سالمندان مبتلا به

پرفشاری خون شهر بوشهر

۵. تعیین و مقایسه نمره ابعاد توانمندی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون سالمندان مبتلا به

پرفشاری خون شهر بوشهر

۱-۳-۳) اهداف کاربردی:

۱. بهبود کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون از طریق توانمندسازی آنان

۲. افزایش توجه پرسنل درمانی از جمله پرستاران به مدل‌های ارتقاء دهنده بهبود کیفیت زندگی سالمندان

۳. تدوین برنامه آموزشی توانمندسازی جهت سالمندان

۱-۴) **فرضیه پژوهش:** بکارگیری الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون موثر است.

۱-۴-۱) پیش فرض‌ها:

۱. افزایش سن با افزایش شیوع پرفشاری خون ارتباط دارد (عبدالهی و همکاران، ۲۰۱۴).
۲. پرفشاری خون متأثر از نحوه زندگی و کیفیت زندگی افراد است (حمیدزاده و احمدی، ۲۰۰۶).
۳. توانمندسازی به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن، مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می شود (خالد بیات و پرند، ۲۰۱۴).
۴. توانمندی افراد جهت بهبود مدیریت بیماری باعث بهبود کیفیت زندگی افراد و خانواده اشان و همچنین کاهش هزینه های درمان و مراقبت های پزشکی خواهد گردید (وانگ ریگر^۱، ۲۰۱۲).
۵. پرفشاری خون یک عامل خطر عمده برای بیماری های قلب و عروق، بیماری های مغزی و علت عمده مرگ و میر در سراسر جهان است (اولما و همکاران، ۲۰۱۰).
۶. بیماری های مزمن باعث ایجاد وابستگی و خسارات مالی و بهداشتی برای خانواده و سیستم های مراقبتی می شوند (مندوزا نانز و مارتینز مالدونادو، ۲۰۰۹).

¹ . Wong-Rieger.

۷. پرفشاری خون مانند اغلب بیماری های مزمن، با شیوه های زندگی، سلامت روانی و کیفیت

زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب موجب بروز

بیماری های مختلف، ایجاد ناتوانی های قابل توجه، کاهش بهره وری و در نهایت کاهش

کیفیت زندگی افراد می شود (ارسلانت و همکاران^۱، ۲۰۰۸).

۱-۵) تعریف نظری و عملی واژه ها:

۱-۵-۱) سالمند:

تعریف نظری: سنین بالای ۶۰ سالگی را معمولاً در زمره سالمندی می شناسند. گرچه تمام افراد

سالمند و بالای ۶۵ سال را می توان در یک گروه مشخص ساخت، اما از نظر زمینه های اقتصادی، فرهنگی،

اجتماعی و تجربه با یکدیگر می توانند متفاوت باشند (تیلور و همکاران^۲، ۲۰۱۱).

تعریف عملی: در این مطالعه هر فرد بالای ۶۰ سال به عنوان سالمند شناخته شده است.

۱-۵-۲) کیفیت زندگی:

تعریف نظری: عبارت است از درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش های حاکم

بر جامعه در راستای اهداف، استانداردها و علایق افراد (هلستروم و همکاران، ۲۰۰۴).

تعریف عملی: در این مطالعه کیفیت زندگی از طریق امتیازات کسب شده بر اساس پرسشنامه فرم ۳۶ سوالی

کیفیت زندگی که نمره آن از ۰ تا ۱۰۰ می تواند متغیر باشد سنجیده می شود، صفر کمترین نمره و صد

بیشترین نمره می باشد.

^۱ Arslantas & et all.

^۲ Taylor & et all.

۱-۵-۳) پرفشاری خون:

تعریف نظری: پرفشاری خون را فشار سیستولیک بالای ۱۴۰ و دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه تعریف می کنند (فوستر و همکاران، ۲۰۱۱، کاپلان و همکاران، ۲۰۱۰).

تعریف عملی: فرد سالمند بالای ۶۰ سالی که مبتلا به فشار خون بالا است و فشار سیستولیک بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه و دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه دارد و یا اینکه از داروی ضد فشار خون با تشخیص پزشک متخصص استفاده می کند و خود سالمند مبتلا به بیماری را بیان می کند.

۱-۵-۴) توانمندسازی خودمدیریتی:

تعریف نظری: طبق تعریف الگوی توانمندسازی خودمدیریتی، مفاهیم خودآگاهی از تغییرات، استقلال، عملکرد نقش، سازگاری، رضایت پنداشت شده، حس کنترل و خودمدیریتی از ساختارهای اساسی حس قدرت می باشند (روانی پور، ۱۳۸۷).

تعریف عملی: در این پژوهش توانمندی خودمدیریتی بیان کننده مدیریت کردن بیماری پرفشاری خون در زمینه خودآگاهی از تغییرات، استقلال، عملکرد نقش، سازگاری، رضایت پنداشت شده، حس کنترل و خودمدیریتی، توسط سالمندان مبتلا به بیماری پرفشاری خون می باشد که به وسیله پرسشنامه طراحی شده در سه بعد دانش، نگرش و عملکرد سنجیده می شود و مشتمل بر ۳۰ سوال می باشد که دارای محدوده نمره ۰ تا ۱۰۰ (صفر کمترین و صد بیشترین نمره) است.

۱-۶) محدودیتهای اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

نمونه یابی و جلب مشارکت سالمندان جهت مشارکت و ماندگاری در مطالعه یکی از محدودیتها بود؛ که با توضیح شفاف و دقیق اهداف پژوهش توسط پژوهشگر، در نظر گرفتن مکان حضور و اعمال مداخله در یکی از مراکز شناخته شده تحقیقاتی وابسته به دانشگاه و نیز اهداء هدایایی پس از اولین حضور،

سعی بر جلب حداکثری افراد نمودیم و از این طریق مشکل نمونه گیری برطرف گردید. بی حوصلگی برخی افراد سالمند نیز از دیگر محدودیت ها بوده، که پژوهشگر با توضیحات لازم در مورد اهمیت موضوع و بیان نکات کاربردی مداخله، باعث ایجاد انگیزه برای افراد گردید. مشکلات حین انجام کار نیز از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر بود، از جمله جلب نظر مسئولین مربوطه، جلب همکاری مراکز بهداشتی درمانی، که جهت رفع این مشکل برای مسئولین مشکل موجود به طور کامل شرح داده شد و در نهایت بعد از پذیرش همکاری ها بسیار بهتر گردید. در دسترس نبودن و عدم تمرکز نمونه ها در مکانی مشخص از مهمترین محدودیت های مطالعه حاضر بود. علاوه بر آن همزمانی نمونه گیری با فصل گرما و شرایط خاص آب و هوایی نمونه گیری و پی گیری را سخت تر کرده بود. از دیگر محدودیت ها تعداد سوالات بود که سبب خستگی برخی از سالمندان می شد. همچنین پایین بودن سطح سواد اکثر سالمندان شرکت کننده در مطالعه حاضر می توانست در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه تاثیر گذار باشد.